

発行依頼書

記入例

医療法人社団 俊秀会
 エヌ・ケイ・クリニック 行
 TEL 03-3620-2034
 FAX 03-3620-2446

※FAX番号のお間違えにご注意ください。

依頼日 20×◎年 △月 ◇◇日

健診種別	<input type="checkbox"/> 会社健診	<input type="checkbox"/> ドック健診	<input type="checkbox"/> 扶養者健診	<input checked="" type="checkbox"/> その他(婦人科健診)
	↓			
	事業所名 <small>※ 会社健診の方のみ</small>			

◆ 会社の健診を受診した方は、身分証明の為に『健診担当者』または『上司』のご記入が必要となります。

⇒ 2ページ目の『確認書』へご記入頂き、必ずこの発行依頼書と一緒にFAXをして下さい。

※「会社健診」にチェックがあるにもかかわらず、『確認書』が添付されていないものは、依頼を受理できませんのでご注意ください。

◆ 連絡先は、連絡が取れる電話番号をご記入下さい。

対象者 (受診者)	氏名	(フリガナ) エヌカワ ハナコ	エヌ川 花子	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	連絡先 電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社	03-1234-5678	

対象とする受診日 直近の受診日のもの(2022年 12月 25日) その他(年 月 分/ 過去 回分)
※ データ保管期限:5年

内容 ※該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。	書類 (各¥1,100-)	<input checked="" type="checkbox"/> 健康診断結果個人票(再発行)		
		<input checked="" type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) <small>*病院名の指定がある場合はご記入ください。</small>		
	画像等 (各¥1,100-)	<input checked="" type="checkbox"/> レントゲン (頭部 / 胸部 / 胃部 / マンモグラフィ)		
	※()内は○を付けて下さい。	<input type="checkbox"/> CT (頭部 / 胸部 / 腹部)	<input type="checkbox"/> 頭部 MRI/MRA	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡
	<input type="checkbox"/> 超音波 (胸部 / 腹部 / 乳腺 / 頸動脈)	<input type="checkbox"/> 眼底		
	<input type="checkbox"/> 心電図			
【ご請求先】 <input checked="" type="checkbox"/> 受診者様 <input type="checkbox"/> 事業者様	その他			

使用目的 ご本人の保管用 医療機関へ受診の為 生命保険等手続申請の為
 その他 (結果票紛失の為)

郵送希望(レターパックにて送付:郵送料¥370-) 直接受け取り希望(受取希望日: 月 日)

受取方法

↓
 郵送先住所 (〒 000 - 0000)
 東京都足立区綾瀬 ○丁目△番□×

受取者氏名 エヌ川 花子 電話番号 自宅 携帯 会社 03-1234-5678

※ ご提供いただいた個人情報は、本手続処理以外では使用いたしません。

※ 受け取り希望され、依頼日より1ヵ月経過してもお受け取りがない場合、また、郵送をご希望され、お受け取りがなく当クリニックに返送された場合は、個人情報保護の観点から廃棄させていただきます。

◆ 直接受け取り希望の場合:エヌケイクリニック事務センターでのお渡しとなります。

〒120-0005 東京都足立区綾瀬3-16-4 どうしんビル6階 TEL:03-3620-2034

※目印:1F 江東信用組合のビルの6階です。

*こちらは当院記入欄です。

準備	確認・送付	受け渡し
/	/	/
印	印	印